

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce)
s nenádorovou radioterapií**

Pacient – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Název výkonu

Ozařování, nenádorová radioterapie

Účel výkonu

Nenádorová (protizánětlivá) radioterapie je lékařské ozáření, které se provádí u vybraných zánětlivých a degenerativních onemocnění.

Povaha výkonu

Při nenádorové radioterapii jsou aplikovány nízké dávky záření – desetinásobně nižší než při ozařování pro nádorová onemocnění. K úlevě od obtíží dochází obvykle až po uplynutí určité doby od ukončení ozařování, obvykle do 2 měsíců. Je třeba, aby lékař opakované ozáření dobře zvážil s ohledem na celkovou aplikovanou dávku záření. O všech předchozích ozářeních je proto nutné lékaře informovat.

Předpokládaný prospěch výkonu

Cílem výkonu je úleva od obtíží (především bolesti pohybového aparátu).

Alternativa výkonu

.....

☐ ANO

☐ NE

Možná rizika zvoleného výkonu

Na počátku ozařování může dojít jejich přechodnému zhoršení. I velmi nízké dávky užívané při nenádorové radioterapii mohou mít vzácně vedlejší účinky v ozařovaném poli – např. může dojít k zarudnutí kůže. Vyšší dávky záření by mohly vést k závažnějším poškozením – ke ztenčování kůže, rupturám šlach, ztuhnutí kloubů. To připadá v úvahu zvláště v případech opakovaného ozáření.

Rizika záření se rovněž zvyšují po lokálních aplikacích kortikoidů nebo v terénu kožních změn (podráždění kůže dráždivými mastmi, poleptání, popálení). Raritním dlouhodobým rizikem je vyvolání nádorového bujení v ozářené oblasti. Toto riziko je významnější zvláště u mladších pacientů.

Vyskytnou-li se při nebo po ozařování obtíže v ozařované oblasti, je nutno uvědomit lékaře.

Absolutní kontraindikací ozáření je gravidita (těhotenství) a ozařování pánve u žen ve fertilním (plodném) věku. Relativní kontraindikací jsou předchozí ozáření a lokální aplikace kortikoidů v nedávné době (6 týdnů).

Následky výkonu

Po ukončení ozařování se mohou objevit změny na kůži a pojivových tkáních - pigmentace, vazivové změny - zvláště při opakování ozařovací série, riziko vzniku nádorů a zhoubných onemocnění krve.

Souhlas:**pozn. Vaši odpověď zakroužkujte**

Byl(a) jsem ozařován(a) v minulosti	ANO	NE
Pokud ano, pak je nutno uvést rok ozáření, lokalitu a pracoviště, případně dávku aplikovaného záření. Lékař může požadovat zprávu o předchozím ozáření z příslušného pracoviště.		
Předchozí ozáření:		

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve FN Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny.	ANO	NE

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:		
- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s jeho provedením.	ANO	NE
- že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit její okolí, zejména rozšířením přenosné choroby,	ANO	NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby,	ANO	NE
- že souhlasím s přítomností studentů a stážistů při poskytování zdravotních služeb,	ANO	NE
- že souhlasím s tím, aby studenti a stážisté nahlíželi do mé zdravotnické dokumentace a to pouze v nezbytném rozsahu a na základě pověření stanoveným zdravotnickým pracovníkem,	ANO	NE
- že souhlasím s pořízením fotografie mé osoby, která bude součástí zdravotnické dokumentace a bude využita pro zvýšení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.	ANO	NE
- že si nejsem vědoma těhotenství a rovněž, že informaci o těhotenství neprodleně nahlásím svému ošetřujícímu lékaři. Současně rozumím, že těhotenství je neslučitelné s ozařováním.	ANO	NE

Datum	Hodina	Podpis pacienta nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno, příjmení lékaře, který podal informaci	Podpis lékaře, který podal informaci

Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:			
Jak pacient projevil svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina